

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE N° 52

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 19 novembre 1898, à 1 heure.

Par GEORGES WILDENSTEIN

Né à Charleville (Ardennes) le 5 novembre 1873

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

Ancien interne de la maison départementale de Nanterre.

DE LA

GRIPPE SPORADIQUE

ET EN PARTICULIER

DE SES FORMES THORACIQUES

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges } MM. JOFFROY, professeur.
 } ROGER et THIROLOIX, agrégés.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

52

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 19 novembre 1898, à 1 heure.

Par GEORGES WILDENSTEIN

Né à Charleville (Ardennes) le 5 novembre 1873

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

Ancien interne de la maison départementale de Nanterre.

DE LA

GRIPPE SPORADIQUE

ET EN PARTICULIER

DE SES FORMES THORACIQUES

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges

} MM. JOFFROY, professeur.
ROGER et THIROLOIX, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies du système nerveux.	JOFFROY.
	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.	FANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ).	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARVIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
PIERRE DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERRY	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE REGRETTÉE

Rien ne saurait effacer en moi son souvenir.

A MON PÈRE

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin des Enfants-Assistés.

Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Au moment où la Faculté va nous accorder avec le diplôme, le droit d'aborder la pratique de l'art médical, il est pour nous un devoir bien doux à remplir : nous tenons à témoigner à nos maîtres la plus vive et la plus intime reconnaissance pour les bons enseignements qu'ils nous ont transmis, pour les conseils éclairés qu'ils nous ont donnés, fruits de leurs longues études et de leur expérience consommée. La sympathie et la bienveillance qu'ils ont toujours montrées à notre égard, n'ont fait qu'augmenter le prix de leurs savantes leçons, aussi, n'est-ce pas sans une émotion bien sincère, que nous nous séparons d'eux, rendant hommage à leur affabilité, à leur dévouement et à leur science.

M. le Dr Merklen nous initia à l'auscultation, nous familiarisant avec tous ces détails de pratique sans lesquels il n'y a pas de clinique possible, et, montrant pour nous instruire une sollicitude qui ne se rebutait jamais. Il nous apprit à examiner les malades avec le souci d'être précis et complet, et mit en œuvre devant nous, une thérapeutique judicieuse.

C'est auprès de M. le professeur agrégé Campenon, dont nous suivîmes le service en qualité de stagiaire puis d'externe, que nous puisâmes les connaissances chirurgicales que nous possédons. Il est de ceux dont on garde un souvenir ineffaçable, de ceux qui s'attachent à pourvoir leurs élèves de sages préceptes et de conseils pratiques. Il nous donna les éléments de diagnostic les plus précieux et nous fit aimer la chirurgie honnête et consciencieuse sans hardiesses téméraires.

Dans le service de M. le Dr Comby, à l'hôpital Trousseau, nous étudiâmes les maladies des enfants, et nous apprîmes de lui à discerner les caractères spéciaux des réactions morbides aux différents âges.

L'art obstétrical nous fût enseigné à la clinique de la rue d'Assas par M. le professeur agrégé Bar ; nous le remercions bien vivement.

Nous choisissons ensuite comme maître de clinique médicale, M. le Dr Galliard, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, dont nous fûmes l'externe ; il voulût bien pour ce travail nous donner des indications précieuses : nous sommes heureux de lui en exprimer notre gratitude. Dans son service, nous eûmes l'avantage de suivre des malades présentant des affections aussi variées qu'intéressantes ; sa compétence indiscutable particulièrement en ce qui regarde la pathologie du poumon, fit naître en nous un goût marqué pour l'étude des lésions de cet organe.

Nous savons tout le prix d'une année passée dans le service de M. le Dr Le Gendre, dont nous pûmes apprécier les connaissances aussi approfondies qu'étendues. Nous l'avons vu manier avec un à propos parfait, les

agents que la thérapeutique met à notre disposition ; et nous essaierons de mettre à profit les exemples de son excellente pratique. C'est grâce à l'extrême obligeance avec laquelle il mit ses observations à notre disposition, que nous avons pu mener à bonne fin cette étude. Peut-être nous sera-t-il permis d'exprimer notre reconnaissance et aussi notre sympathie à « ce frère aîné », j'emploie une expression qui est sienne, dont l'urbanité, la correction et la bonté exquise pour l'être qui souffre, constituent un véritable modèle de tenue pour le médecin soucieux de porter dignement ce titre.

M. le Dr Laugier, médecin de la maison départementale de Nanterre, voulût bien nous honorer de sa confiance pendant le temps d'internat que nous passâmes auprès de lui : sous sa direction, nous nous sommes exercé à formuler et à soulager de leurs misères les infortunés pensionnaires de l'établissement. Qu'il veuille bien accepter l'expression de notre gratitude.

M. le Professeur Hutinel nous fait l'insigne honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; qu'il reçoive l'assurance de notre bien vive reconnaissance.

DE LA
GRIPPE SPORADIQUE
ET EN PARTICULIER
DE SES FORMES THORACIQUES

INTRODUCTION

Dans ces derniers temps, il nous a été donné d'observer de nombreux cas de grippe de gravité diverse et de formes plus variées encore. La grippe a définitivement conquis droit de cité dans le cadre nosologique, et personne ne saurait plus se rallier à l'opinion de Broussais qui définit cette affection d'une façon dédaigneuse : « invention des gens sans le sou et de médecins sans clients, qui, n'ayant rien de mieux à faire, se sont amusés à créer ce farfadet ».

Le polymorphisme de la grippe a pu expliquer ce dédain, alors que l'on manquait de base solide pour attribuer une spécificité à cette maladie ; la découverte de Pfeiffer en 1892 est venue changer la face des choses ; et

si le bacille qu'il décrit, n'est pas le seul agent en cause, au moins a-t-il contribué à fixer l'autonomie de la grippe.

L'influenza n'est plus exclusivement une maladie pandémique ; elle présente des recrudescences telles que celle de l'hiver 1897-1898 ; elle s'offre aussi sous forme sporadique : ce sont ces cas épars, ces cas isolés que nous désirons étudier dans ce modeste travail, non certes avec la prétention d'en dresser un tableau magistral, mais plutôt dans le but d'en essayer une esquisse, dans la pensée de fixer dans la mesure du possible les traits perpétuellement instables et changeants de cette maladie.

Désireux de restreindre ce vaste champ d'étude, nous aurons principalement en vue la grippe à forme thoracique, celle que nous avons observée de beaucoup le plus fréquemment dans ces derniers temps.

Après quelques considérations d'épidémiologie, nous envisagerons la grippe en tant que maladie infectieuse et dans ses rapports avec la fièvre typhoïde ; nous toucherons à la question des pneumonies grippales et des particularités qu'elles peuvent présenter. Nous chercherons à savoir s'il y a des indications à tirer de l'évolution de la température. Enfin nous rapporterons un cas de grippe prolongée qui nous donna longtemps l'illusion d'une tuberculose pulmonaire et qui eut une terminaison aussi heureuse qu'insolite.

En commençant cette étude, il n'entre pas dans notre pensée d'émettre des idées définitives sur la grippe sporadique, cette affection protéiforme dont le microbe lui-même présente des modalités variables. Si ces idées traduisent quelques observations exactes, nous aurons atteint le but de notre tâche.

GRIPPE SPORADIQUE ET GRIPPE ÉPIDÉMIQUE

La grippe est une maladie qui, avant ces dernières années, était considérée comme apparaissant toujours sous forme pandémique ou épidémique. A peine parle-t-on de grippe endémique : M. Widal lui consacre quelques lignes dans le *Traité de médecine* de Charcot et Bouchard : « c'est sous le nom de grippe, dit-il, que l'on désigne en général les petites endémies de fièvres catarrhales vulgaires qui, dans nos contrées sévissent pendant l'hiver. » Le même auteur se demande si ces fièvres catarrhales saisonnières ne sont pas des grippes acclimatées, atténuées, transformées dans leur virulence.

Les anciens tels que Füsler, Seitz, Maximin Legrand, Forget, qui considéraient la grippe comme une affection catarrhale saisonnière s'élevant quelquefois à la hauteur d'une épidémie sous l'influence de vicissitudes atmosphériques mal déterminées, ne se posaient même pas cette question : ils admettaient que cette affection s'observe chaque jour sous l'une de ses expressions ou de ses formes diverses, et la signaient en tous temps chez des sujets disséminés dans sa condition de maladie sporadique. Les recherches bactériologiques dont l'épidémie de 1889-1890 a été le point de départ, et, en particulier la

découverte de Pfeiffer semblent leur donner raison ; en réalité, la grippe endémique, outre la fièvre catarrhale, a le droit de revendiquer pour elle un certain nombre de types morbides que l'ancienne nomenclature décrivait sous les rubriques distinctes de fièvre éphémère, fièvre synoque, fièvre muqueuse, fièvre herpétique.

Il n'est plus possible aujourd'hui de considérer la grippe comme une maladie essentiellement épidémique analogue à un vent empesté, s'abattant sur le monde brusquement et s'en allant de même sans laisser derrière elle autre chose que les ruines qu'elle a accumulées sur son passage. Ces allures quelque peu merveilleuses, dont s'accommodait fort bien la naïveté de nos pères, ne satisfont plus guère nos esprits pénétrés des procédés scientifiques de l'époque contemporaine.

La grippe disparaissant en tant que pandémie, laisse pour lui succéder une affection qui est la même dans son essence, bien qu'elle ne puisse donner qu'une idée très affaiblie de la puissance de sa congénère. La grippe endémique a perdu en effet cette contagiosité extrême et cette universalité morbide qui sont la caractéristique de son état pandémique ; mais elle a conservé les caractères cliniques et microscopiques qui sont la base de la spécificité.

Aux pandémies succèdent les épidémies ; aux épidémies les formes sporadiques. Les pandémies de 1837 et de 1889 sont séparées par une foule de termes intermédiaires, d'épidémies circonscrites parmi lesquelles nous ne citerons que celle de Bains (Vosges) et celle d'Oyonnax (Ain), cette dernière précédant de quelques mois à peine le moment où la grippe a secoué sa torpeur et par-

couru le monde étonné de son invasion subite et inattendue.

Depuis l'année 1890, R. Pfeiffer en Allemagne, puis MM. Cornil et Chantemesse ont pu exercer leurs recherches bactériologiques durant l'épidémie de 1892; Huber, durant celle qui se montra en Prusse en 1893. La notion de spécificité pressentie de longue date, se dégageait de ces travaux, mais la grippe sporadique était toujours une affection distincte de la grippe épidémique. M. Netter dans son article du *Traité de médecine* de Brouardel paru au début de 1894, se demanda s'il n'y aurait pas lieu d'invoquer une influenza nostras aussi différente de l'influenza vraie que les choléras nostras le sont du choléra asiatique. « Nous devons cependant reconnaître, ajoute-t-il, que la bactériologie nous a fourni dans le choléra indien des arguments qui nous font encore défaut dans l'influenza : le bacille de Pfeiffer n'avait pas été trouvé dans les manifestations de la grippe sporadique ».

La question a depuis fait un grand pas : Lindenthal dans un travail très documenté sur l'influenza sporadique paru dans la *Wiener Klinische Wochenschrift* au début de l'année 1897, a établi que le bacille de l'influenza est inclus dans les sécrétions nasales et bronchiques examinées peu de temps après qu'elles ont quitté le sujet qui les a produites, et que l'infection se transmet d'homme à homme d'une façon presque exclusive. « Il est par suite tout naturel d'admettre, nous traduisons ici littéralement, que l'homme même en dehors des épidémies est porteur du contagion auquel il fournit les conditions nécessaires à sa conservation et en quelque sorte à sa culture.

Des faits précis tirés d'une découverte de Pfeiffer confirmée par Baumber donnent à cette déduction toute créance et toute vraisemblance : ces auteurs ont trouvé que certains individus et en particulier des phthisiques expectoraient des bacilles de l'influenza souvent pendant des semaines ou des mois entiers consécutifs à une atteinte de grippe. Que d'autres sujets, peut-être en état de réceptivité spéciale prennent contact avec de tels individus, s'infectent de leur part, et il y aura apparence que la grippe s'est établie en eux spontanément. » Résumant les résultats de ses recherches portant sur huit cas bien observés pendant la période qui s'étend de décembre 1896 à février 1897, Lindenthal conclut qu'il existe une influenza sporadique en dehors des épidémies et qu'elle ne se distingue de l'influenza épidémique ni au point de vue étio-logique ni au point de vue anatomo-pathologique.

La notion que la grippe est une affection spécifique due à un germe toujours identique à lui-même, tend donc à s'imposer, étayée par des observations rigoureuses. Il est bien certain que les influences cosmiques pèsent lourdement sur l'activité des agents de la transmission épidémique ; et, à cet égard il est bon de rappeler les faits bien suggestifs qui ressortent si nettement des analyses de Bujwid relatives aux eaux de la Vistule dont la teneur bactérienne s'est progressivement élevée durant la grande épidémie de 1889-1890 de 800.000 ou 2.100.000 germes au chiffre colossal de 21.000.000 pendant le summum de l'épidémie pour retomber ensuite à 135.000 germes par litre à son déclin. (1)

1. Teissier. *Huitième congrès international d'hygiène et de démographie*. Budapest septembre 1894.

Quels sont les troubles météorologiques en cause ? S'agit-il des modifications de la pression barométrique, d'une influence thermique, de la présence de l'ozone en excès dans l'air ? Ces conditions adjuvantes se dérobent encore au déterminisme scientifique, mais la question est posée, et ne saurait tarder d'être résolue.

GRIPPE SPORADIQUE ET DOTHIÉNENTÉRIE

En l'absence d'appoint microbiologique les auteurs s'étaient de longue date trouvés aux prises avec les difficultés du diagnostic différentiel entre la fièvre typhoïde et la grippe ; en cela, ils donnaient à l'influenza par anticipation et au nom de la clinique, une place dans le cadre nosologique des maladies infectieuses. Récamier rapproche l'influenza des fièvres éruptives ; Black en 1833, une épidémie de rougeole ayant suivi celle de grippe, note les relations, qui existent entre ces deux maladies ; dans un autre passage de son travail (1), il montre les analogies entre l'épidémie de grippe de la fin de l'année 1830 et le choléra. Grisolle (2), qui décrit l'influenza parmi les inflammations des voies respiratoires, entre la bronchite et la pneumonie, insiste sur ce point, que, lors de l'épidémie de 1837, on ne savait trop si les malades avaient une grippe ou bien une fièvre typhoïde commençante. Behier et Hardy (3) décrivent la grippe sous le nom de bronchite épi-

1. *Dictionnaire* en 30 volumes, tome XIV.

2. *Traité de pathologie interne*, tome I.

3. *Traité élémentaire de pathologie interne*, 1864.

démique tout en reconnaissant qu'il y a dans cette maladie autre chose que de la bronchite et qu'elle est accompagnée de phénomènes généraux particuliers. M. le professeur Jaccoud le premier, place la grippe parmi les maladies infectieuses produites par un poison tellurique et M. le professeur Dieulafoy qui continue néanmoins d'étudier la grippe à côté des affections des voies respiratoires, insiste sur la difficulté de distinguer la grippe de la fièvre typhoïde (1). Le professeur Potain a signalé les relations de l'influenza avec le choléra ; d'autres auteurs avec la dysenterie, avec la tuberculose ou avec des périostites graves ou des érythèmes divers, par exemple avec l'érythème polymorphe.

Aujourd'hui, à vingt ans de distance, armés de connaissances bactériologiques nouvelles et du séro-diagnostic de Widal, nous sommes parfois obligés de nous rallier à l'idée d'infections typho-grippales, « états morbides spéciaux qui n'appartiennent à aucune forme normale ou anormale de la grippe ou de la dothiéntérie, où se rencontrent cependant des symptômes communs aux deux affections (2).

Ci-dessous l'observation résumée d'un homme que nous observâmes en février de cette année pendant notre internat à la maison départementale de Nanterre, dans le service de M. le Docteur Laugier.

1. *Manuel de pathologie interne*, édition 1888.

2. Ombredanne. Thèse Montpellier, 1896-1897.

Observation I (personnelle).

Grippe à forme typhoïde. Taches rosées. Séro-diagnostic négatif

Il s'agit d'un homme de 32 ans, robuste et vigoureux, ne présentant pas de signes appréciables d'imprégnation alcoolique ; il entre dans le service pour des symptômes d'abattement, de céphalalgie intense, avec langue sale, anoréxie et température de 39°. Il a eu quelques épistaxis avant son entrée. Il tousse un peu sans expectoration et l'auscultation ne révèle que quelques râles de bronchite disséminée.

Pendant cinq jours l'état ne subit pas de modifications notables ; le malade est au régime lacté exclusif ; la température atteint le soir 39°, 39,5 avec rémissions matinales de quelques dixièmes de degré.

Le 10 février. — L'infirmier de garde nous déclare que le malade a présenté du subdélirium et de l'agitation pendant la nuit. Sa toux est plus vive, le fatigue davantage et s'accompagne d'une expectoration jaune-verdâtre, visqueuse, très aérée et très mousseuse à la surface du crachoir. A l'auscultation, signes de congestion aux bases avec râles sous-crépitaux fins et submatité. Râles sibilants et ronflants disséminés dans toute l'étendue des deux poumons.

Température vespérale : 39°,6.

Pneumocoques et bacilles de Pfeiffer, dans l'expectoration, les derniers recherchés au Ziehl étendu.

Le 12 février. — Température du matin 39°,4.

— Température du soir 39°,7.

Vomissements jaunâtres, bilieux ; la région épigastrique est hypéresthésiée au palper et les hypochondres se tympanisent ; à la constipation des jours précédents succède une diarrhée glairo-bilieuse, et l'on note du gargouillement iliaque.

Le malade est plongé dans la stupeur, et ne comprend pas les questions qu'on lui pose ; le visage pâle, l'attitude hébétée, le regard atone, la langue rôtie, fendillée, rouge à la pointe et sur les bords ; les gencives et les dents sont recouvertes de fuliginosités. Sur le ventre et à la base du thorax, taches rosées lenticulaires s'effaçant à la pression.

Le séro-diagnostic est négatif.

L'état typhique et la diarrhée, la congestion broncho-pulmonaire et l'expectoration persistent dix jours encore avec des oscillations thermométriques autour de 39°. La défervescence se fit progressivement dans l'espace de six jours du 22 au 28 et le malade entra en convalescence.

La grippe, dans le cas qui précède, est donc assez voisine de la dothiéntérie pour lui emprunter sa physiologie complète. Outre la splénomégalie assez fréquente et l'augmentation du nombre des globules blancs du sang signalée par MM. Chantemesse et Widal à la Société médicale des hôpitaux (1), on observe dans l'influenza l'exanthème rosé tel qu'on le trouve dans la fièvre typhoïde. M. Pelon communiqua au Congrès de Montpellier de cette année, trois cas de grippe avec taches rosées, insistant

1. Séance du 24 janvier 1890.

sur ce point que l'exanthème rosé n'est pas un signe pathognomonique de la fièvre typhoïde, et qu'on le rencontre dans l'entérite des enfants, dans la forme typhoïde de la fièvre puerpérale, de l'endocardite infectante et dans la granulie.

DE LA TEMPÉRATURE DANS LA GRIPPE

Selon Wunderlich (1), la température constituerait un terme de rapprochement de plus entre la grippe et la fièvre typhoïde ; selon lui, dans l'une comme dans l'autre de ces affections, l'élévation thermique serait progressive ; mais la température atteindrait très rarement des degrés aussi élevés chez les grippés que chez les typhoïdiques ; dans l'influenza, le *fastigium* serait très court avec des oscillations plus ou moins étendues, et la défervescence se ferait comme dans la fièvre typhoïde avec des oscillations descendantes, mais moins régulières et plus rapides.

M. le Professeur Jaccoud (2) déclare n'avoir retenu de la lecture des tracés qu'il a eus entre les mains, que l'extrême irrégularité de la température au cours de la grippe : « cette irrégularité, dit-il, est telle parfois qu'elle va jusqu'à la cessation momentanée de la fièvre et jusqu'au type inverse de la température. »

M. le Docteur Menu dans une thèse inspirée par M. le professeur Teissier de Lyon, sur la thermométrie clinique

1. *De la température dans les maladies*, 1872.

2. *Traité de pathologie interne*, tome III.

de la grippe (1) conclut en faveur de l'existence d'un tracé thermique spécial à allures nettement déterminées; le caractère le plus essentiel de ce tracé semblerait résider d'après lui, dans la production d'une rechute fébrile se manifestant dans un laps de temps plus ou moins éloigné de la défervescence. Comme caractère secondaire, il signale une encoche souvent profonde en forme de V; cette encoche qui se produit pendant l'acmé, il l'envisage comme un véritable collapsus thermique dénotant une imprégnation plus profonde par le poison grippal, imprégnation tenant vraisemblablement à l'action hypothermisante des toxines secrétées par le bacille de Pfeiffer.

M. Laveran (2) essaie de formuler quelques règles générales sur l'évolution de la fièvre dans la grippe. Suivant lui, et sur ce point il est en désaccord flagrant avec Wunderlich, l'ascension initiale est presque toujours rapide, et, à la fin du premier jour, au deuxième au plus tard, la fièvre arrive à son acmé. La période d'état serait presque nulle dans la plupart des cas, ou se réduirait à quelques oscillations stationnaires qui deviennent bientôt descendantes. M. Laveran confirme les observations de Wunderlich en ce qui regarde l'analogie de la grippe et de la dothiéntérie dans leur défervescence, sous la réserve que la période des oscillations descendantes est seulement moins longue en général dans la grippe que dans la fièvre typhoïde. Il dit avoir observé des formes où, avec des oscillations diurnes très étendues, le tracé de l'influenza ressemblait à celui d'une fièvre intermit-

1. Janvier 1892.

2. *Médecine moderne* du 13 février 1890.

tente quotidienne ; il a noté aussi dans certains cas, des rechutes avec réapparition des symptômes précédents après plusieurs jours d'apyrexie complète.

Nous voyons que, Teissier et son élève d'une part, Laveran d'autre part, ont bien vu dans la grippe cette évolution en plusieurs poussées successives : peut-être le professeur de Lyon a-t-il eu sous les yeux un assez grand nombre de cas avec rechutes pour faire de l'encoche du tracé thermique, une caractéristique de l'évolution de la température.

S'il nous est permis maintenant, de donner notre impression personnelle sur les particularités de la température dans les cas de grippe sporadique que nous avons observés récemment, nous dirons avec M. le Professeur Jaccoud, avec Brochin (1), que l'irrégularité est le caractère le plus frappant de la fièvre dans l'influenza. Dans les formes légères d'une durée d'un septenaire environ, nous avons le plus souvent remarqué une ascension brusque, une période d'état avec des oscillations d'une étendue moyenne de un demi degré et de un degré au maximum et une défervescence en lysis portant sur un laps de deux à quatre jours. Dans un cas de grippe à forme thoracique dont nous publions plus loin l'observation, nous vîmes un lysis de trois jours se poursuivre sans la moindre oscillation, la température vespérale étant, durant les trois jours, notablement au-dessous de la température matinale correspondante.

1. Article grippe du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*.

Dans les formes prolongées, dans les formes graves, nous n'avons jamais noté les trois périodes et le trapèze caractéristiques de la dothiéntérie ; l'ascension initiale, quand les malades entraient à l'hôpital assez tôt pour qu'il nous fût permis de la constater, nous a toujours paru être aussi rapide, aussi brusque que dans les formes légères ; la température atteignait son maximum presque d'emblée, et l'on arrivait pour ainsi dire à une période d'état sans oscillations ascendantes préalables. Quant aux rémissions matinales, elles nous ont semblé d'une façon générale, être moins étendues et présenter moins de régularité dans l'influenza que dans la dothiéntérie de moyenne gravité : de là l'impossibilité de tirer des indications de pronostic du fait des rémissions.

La défervescence, dans les formes dites prolongées, a lieu d'une façon beaucoup plus lente, d'une façon moins nettement progressive dans la grippe que dans la fièvre typhoïde. M. le P^r Jaccoud décrit à la fin de la dothiéntérie une période qu'il qualifie du nom de période d'intermittences terminales, consistant dans des retours de chiffres vespéraux plus ou moins élevés avec température normale le matin ; il lui attribue une durée d'environ cinq jours. Ces intermittences terminales, s'il est permis de conserver cette expression pour le cas présent, nous les avons souvent observées dans la grippe, mais étendues à un laps de temps beaucoup plus considérable, et avec des chiffres vespéraux ne dépassant les chiffres du matin que de un degré en moyenne.

Une question se pose dès lors : quand peut-on affirmer que la défervescence est définitive ? A-t-elle lieu

nécessairement quand la température retombe à la normale ou même s'y maintient pendant quelques jours ? En aucune sorte : la grippe sporadique comme la grippe épidémique s'est manifestée sous l'aspect d'une maladie à rechutes, et ces rechutes, nous croyons qu'elles sont l'apanage des formes graves. La dépression thermique variable en durée jusqu'au delà d'un septenaire, et toute relative, est-elle en rapport, comme le pense M. le Professeur Teissier, avec une imprégnation plus profonde du patient par le virus pfeifferien ? Il est un argument qui pourrait être invoqué en faveur de cette hypothèse : c'est l'existence de la grippe apyrétique dont le pronostic paraît toujours avoir été assez sombre sinon fatal.

Voici succinctement résumée, une observation qui vient à l'appui de ce que nous avançons :

Observation II

Dûe à M. le Professeur Teissier de Lyon (1).
Grippe apyrétique avec issue fatale.

Femme de 52 ans, portant un petit anévrysme de la portion ascendante de l'aorte, qui se montre le 21 décembre 1893 avec l'air abattu et angoissé, les traits tirés.

Pouls 130-140. Température rectale : 37.3

Depuis trois jours elle déclare qu'elle se sent fatiguée et déprimée ; elle a éprouvé du larmolement avec coryza intense et la sensation de douleur profonde des globes oculaires.

1. *In semaine médicale*, 1894.

Les jours suivants, la tachycardie alla en s'accroissant et, le 26 décembre, on notait 172 pulsations à la minute. La température reste basse, et l'on ne constate rien aux poumons.

Le 6 janvier. La malade tousse, et l'auscultation révèle aux deux bases en arrière des râles de bronchite assez étendue. Il existe un léger degré de dyspnée ; l'état général est mauvais, la langue sèche. La température centrale est tombée à 36° 8.

Le 9 janvier. On trouve une amélioration apparente ; la langue est moins sèche ; le pouls est à 90, mais la dyspnée est plus vive ; les signes de bronchite se sont généralisés et il existe des foyers de râles crépitants.

Température 37°.

Le 11 janvier. La malade s'éteint dans un état d'adynamie très accentuée avec cyanose.

L'autopsie révèle aux deux bases de larges zones d'engorgement avec foyer d'atélectasie à droite. A l'épreuve de l'eau, le parenchyme gagne le fond du vase.

Dans la région péri-trachéo-bronchique, existent de gros paquets ganglionnaires qui compriment nettement les tissus nerveux ; cette compression peut expliquer les accidents de tachycardie observés.

Des faits de cet ordre ont été observés bien qu'à titre exceptionnel dans la pneumonie, dans la dothiéntérie, dans la scarlatine. L'action hypothermisante de certaines toxines, et, en particulier de celle qu'ont produite expérimentalement MM. Tessier, Roux et Pittion avec l'urine des grippés, ne rend pas suffisamment compte de ces états infectieux apyrétiques, ou même à température subnormale.

Peut-être faudrait-il rechercher les conditions individuelles réglant la production du phénomène dans un degré plus ou moins avancé d'imperméabilité rénale généralement acquise, expliquant une accumulation dans l'organisme des produits de la désorganisation cellulaire ou au moins un retard dans leur élimination.

Quoi qu'il en soit, nous pensons qu'il est une indication à tirer de la notion de ces dépressions thermiques le plus généralement transitoires (encoches en V) ; elle a trait au pronostic que doit porter le médecin appelé au lit d'un malade atteint d'influenza, dont la température, du jour au lendemain, s'est subitement abaissée, soit d'une façon très notable, soit jusqu'à la normale même. Il importe dans ce cas de ne pas se féliciter trop tôt d'une guérison souvent purement apparente, et de prévenir l'entourage, que la chute thermique peut n'être que temporaire.

En dehors de ces dépressions dites en V, la courbe de la température est souvent déformée par les inversions de la fièvre qui surviennent de temps en temps sans règle et sans que les signes cliniques en expliquent les raisons. Le type inverse peut se rencontrer dans toute l'étendue de la pyrexie : outre les deux cas rapportés par M. Jacoud, nous en trouvons une observation due au Dr Rasanimanana de Tananarive (1).

En somme, la notion qui se dégage le plus clairement de l'étude de la grippe dans ses manifestations thermiques, c'est qu'elle est essentiellement une affection à rechutes et qu'il n'existe que des rapports lointains entre

1. *Montpellier médical*, 1897.

son tracé et l'évolution de la température dans la fièvre typhoïde.

Ces deux maladies se distinguent aussi assez nettement, si on les envisage au point de vue de la réaction qu'elles présentent à l'application des réfrigérants externes, qu'il s'agisse des enveloppements mouillés ou de la balnéation. Tandis que les rémissions succédant aux bains sont dans la dothiéntérie de un degré en moyenne et souvent de plus ; dans la grippe elles sont le plus fréquemment beaucoup moins étendues quand elles existent. Il semble donc que la méthode de Brandl ait moins de prise sur les centres thermiques dans la grippe que dans la fièvre à bacilles d'Eberth.

LA GRIPPE A FORME THORACIQUE

Dans toutes les épidémies de grippe, les manifestations pulmonaires ont été les plus fréquentes ; de ce fait elles méritaient notre attention ; mais elles devaient l'attirer aussi par la gravité du pronostic qui s'attache si souvent à elles.

Parmi les affections du poumon, il en est une qui se présente à nous sous la forme d'une entité clinique bien définie tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue bactériologique ; elle offre pour ainsi dire une physionomie classique : nous voulons parler de la pneumonie. Si l'on étudie l'histoire des épidémies de grippe sans remonter même au delà du siècle, on est frappé de la coïncidence de la grippe et de la pneumonie et des affinités remarquables qu'elles présentent : l'une et l'autre s'accompagnent le plus souvent au moins dans leurs formes épidémiques au point que presque tous les auteurs en 1827, sans songer à la possibilité de deux épidémies simultanément développées, rattachaient à la grippe toutes les pneumonies du moment soit à titre de complication, soit comme manifestation de la maladie. San-

dras seul (1) maintient la distinction : « Le printemps de cette année, dit-il, a été médicalement caractérisé par une double épidémie : la grippe, qui a été en quelque sorte universelle et en général fort peu grave pour les sujets dont la poitrine n'était pas antérieurement attaquée, et la pneumonite... La première épidémie a été partout et surabondamment décrite ; la seconde a été à peine mentionnée au contraire. La mortalité dans mon service, lorsqu'il s'agissait de pneumonite ordinaire, était de un sur huit, et cette fois sur seize malades elle a été de huit. »

Landau n'admet pas cette séparation, et, frappé des particularités que montrent les pneumonies grippales, il pense qu'elles sont non une complication, mais une véritable détermination de la maladie.

Nonat (2) qui publia le travail le plus complet sur l'épidémie de 1837, ne se prononce pas catégoriquement sur la question de savoir si la pneumonie est une manifestation de la grippe ou s'il s'agit de la juxtaposition des deux maladies sur un terrain préparé à l'une par l'autre ; il constate en tous cas, que cette coexistence donne fréquemment à la pneumonie un caractère de malignité qu'elle possède beaucoup plus rarement en dehors des épidémies. Germain Sée, (3), sur la même question, demeure également dans le doute, et il émet l'idée que le microbe de la grippe, pourrait par lui-même produire une pneumonie semblable à « celle du microbe elliptique ».

1. *Bulletin de thérapeutique*, 1837.

2. *Archives générales de médecine*, 1837.

3. *Maladies spécifiques non tuberculeuses du poulmon*.

M. Ménétrier, dans sa thèse très documentée (1), fait ressortir de l'étude des épidémies antérieures, cette notion que, la pneumonie, alors qu'elle se mêlait à la grippe, apparaissait aussi primitivement chez d'autres sujets, constituant une épidémie concomitante ; comme il a pu démontrer la présence du parasite de la pneumonie franche dans les produits d'expectoration de la pneumonie grippale, il se reconnaît en droit de conclure à l'indépendance des deux affections qui, malgré leurs affinités réciproques, seraient liées vraisemblablement à des causes univoques ; ces influences, nous devons en convenir, nous échappent encore.

M. Jaccoud, trois ans plus tard (2), confirme l'existence de ce parallélisme entre la grippe et la pneumonie ; il précise la question en déclarant que c'est au moment où l'épidémie est en plein développement, que les associations broncho-pulmonaires font leur apparition ; suivant lui, il y aurait là une filiation chronologique digne d'être retenue. Il se déclare nettement partisan du dualisme de la grippe et de la pneumonie et s'inscrit en faux contre l'opinion de Landau qui admettait que la pneumonie est une localisation, une détermination de la grippe même sur les poumons. Nous trouvons dans sa communication une définition de la pneumonie grippale, cette expression défecueuse bien faite pour jeter la confusion dans les esprits : « la pneumonie grippale est la pneumonie qui se développe au cours de la grippe chez des individus ayant cette maladie ; le mot pneumonie grippale indique simplement

1. Thèse Paris : *Grippe et Pneumonie*, en 1886.

2. *Gazette des hôpitaux* du 4 février 1890.

une relation de coexistence et pas autre chose ». Nous ne pouvons que nous rallier à ces conclusions ; mais il nous est permis de nous demander si au point de vue de son espèce pathologique et bactériologique, la pneumonie grippale est de même espèce que la pneumonie primitive. La grippe n'imprime-t-elle pas à la pneumonie qui se greffe sur elle, une évolution et une symptomatologie quelque peu spéciales ? Nous croyons pouvoir répondre affirmativement : cliniquement, il n'existe que de vagues analogies entre la pneumonie grippale et la pneumonie franche aiguë, si bien caractérisée par son début dramatique avec grand frisson unique, claquements de dents, par le facies aux pommettes rouges, aux narines tremulentes, aux lèvres couvertes de vésicules d'herpès, par son expectoration typique, par son tracé thermique, sa défervescence brusque et les phénomènes critiques qui l'accompagnent.

Les auteurs qui écrivaient à propos de l'épidémie de 1837, avaient bien vu ces différences : Piedagnel (1) observe que : « les pneumonies hibernales n'avaient pas leur caractère franchement inflammatoire ». Piorry s'exprime ainsi : « la pneumonite de ces derniers temps a différé essentiellement de la pneumonite ordinaire. Elle a succédé à la bronchite ou à la bronchorrhée. Le point de départ de l'une est dans les bronches ; il est dans l'autre, dans les vaisseaux sanguins ; son invasion est lente, successive ». M. Ménétrier, qui, de par la bactériologie conclut à l'unicité des pneumonies primitive et des pneumonies grippales, reconnaît avoir été frappé, dans la plu-

1. *Gazette médicale de Paris*, 1837.

part des faits qu'il a observés, du peu d'éclat du début de la pneumonie, de la latence de ses principaux symptômes, de la gravité de son évolution, de la lenteur de la convalescence.

Grisolle, à l'époque où il écrivait son livre si précieux de pathologie interne, en un temps où il ne pouvait être question de l'appoint bactériologique, fondait déjà une dualité clinique ; il distingue la pneumonie grippale de la pneumonie franche aiguë par l'absence de frisson initial, le peu d'importance du point de côté, l'absence de crachats rouillés ; l'intensité de la dyspnée et la bilatéralité fréquente des lésions.

M. Duponchel, à la Société des hôpitaux (1) crut devoir accorder une place à part à la pneumonie grippale dans le cadre nosologique. Il s'appuya comme Grisolle, sur l'absence de frisson initial, sur le caractère des crachats qui étaient spumeux, aérés, filants et analogues à ceux de la bronchite simple, sur l'irrégularité de la courbe thermométrique et de la marche de la maladie, sur l'absence de défervescence au huitième ou au neuvième jour, la longueur de la convalescence inusitée dans la pneumonie franche.

En réalité, pourquoi ne pas admettre qu'à des physiologies cliniques différentes, correspondent des causes provocatrices différentes, au moins pour une certaine part ? M. Talamon (2) avait déjà franchement déclaré qu'on n'était pas autorisé à dire que la pneumonie grippale fût toujours due au même microorganisme, ayant

1. Séance du 24 Janvier 1890.

2. *Médecine moderne* du 13 février 1890.

reconnu par lui-même et par les constatations simultanées faites pendant l'épidémie de 1889-1890, à Paris, à Vienne, à Berlin, que deux microbes distincts, au moins, étaient capables de produire une inflammation des poumons au cours de la grippe : « le microbe lancéolé et le streptococcus pyogenes. » Il ajoute : « je ne dis pas qu'il n'y en ait pas d'autre », et fait des réserves en faveur du microbe spécifique de la grippe alors inconnu.

Cette lacune est aujourd'hui comblée, grâce à la découverte de Pfeiffer ; la bactériologie est venue à notre secours pour expliquer les anomalies apparentes seulement de la pneumonie grippale relativement à la pneumonie franche aiguë. On a signalé, mais le fait est assez rare, l'existence de pneumonies fibrineuses lobaires, répondant absolument au type anatomique de la pneumonie primitive, au cours de la grippe, comme au cours de la fièvre typhoïde. Et deux hypothèses s'offrent à l'esprit pour expliquer ces pneumonies : ou bien le bacille de Pfeiffer, le bacille d'Eberth peuvent par eux-mêmes, produire une pneumonie semblable à celle du pneumocoque ; ou bien il y a pénétration secondaire, et adjonction de ce micrococcus, avec l'aspect spécifique de la maladie première.

En faveur de la première hypothèse, nous n'apportons aucun argument ; mais nous avons pu vérifier le bien fondé de la seconde, grâce à l'observation d'un malade atteint de pneumonie au cours de la grippe, dans l'expectoration duquel furent trouvés le pneumocoque et le bacille de Pfeiffer.

Observation III (inédite).

Recueillie dans le service de M. le Docteur Le Gendre.
Grippe à forme thoracique avec pneumocoque et bacilles de Pfeiffer dans les produits d'expectoration.

Le nommé C... âgé de 43 ans, serrurier, entre à l'hôpital le 7 mai 1897 pour de l'angoisse respiratoire et des douleurs dans l'hypocondre gauche. Il n'a jamais été malade antérieurement.

Le 4 mai, vers cinq heures du soir, il a été pris subitement d'un frisson unique et prolongé, et les douleurs ont apparu au niveau de la base du thorax et vers la région sous-mammaire à gauche. Depuis, ce point de côté a été s'exagérant et se réveillant plus violent par l'inspiration et la pression même faible du thorax.

Examen. — A la percussion, on trouve bien moins de sonorité à gauche qu'à droite ; nulle part, il n'y a de matité absolue, mais à la base gauche en arrière on a une submatité assez accentuée.

A l'auscultation, pas de râles crépitants ; la respiration est forte, un peu soufflante avec quelques râles ronflants du côté droit. — Du côté gauche, la respiration est également soufflante en avant ; en arrière et dans la région moyenne, on entend quelques frottements et quelques râles sous-crépita nts.

L'expectoration est abondante, muqueuse, très liquide, d'une teinte rouge verdâtre.

Température d'hier soir 39°2

Température de ce matin 39°8.

Pouls à 110. Urines très albumineuses.

Traitement : Ventouses scarifiées loco-dolenti ; lavement avec 25 gouttes de créosote de hêtre ; potion calmante à l'eau de laurier cerise et au sirop de morphine.

Les 9 et 10 mai, la température reste aux environs de 39° sans descendre au-dessous.

M. Terrien, interne du service, pratique l'examen bactériologique des crachats où il trouve en abondance des pneumocoques et des bacilles de Pfeiffer.

11 mai. — Le souffle s'est généralisé et l'on entend des râles nombreux en arrière à la base droite. Sous la clavicule gauche où le souffle est très intense, de caractère absolument tubaire, avec un grand nombre de râles fins, la percussion donne un son skodique.

Au lobe inférieur droit, il y a des râles secs de bronchite.

La quantité d'albumine a diminué ; la région hépatique est douloureuse à la pression.

Le pouls est à 144 ; il est onduleux, inégal. 44 respirations par minute : dyspnée très marquée.

Température du matin 39°.

Température du soir 38°8.

On supprime la créosote et le sirop de morphine ; on administre 0 gr. 60 de poudre de digitale en infusion. et l'on prescrit une injection de caféine pour le soir.

12 mai. — La langue reste humide ; l'expectoration est moins abondante.

Pouls 104. Respiration : 44 à la minute.

Température 38° 6.

Il n'y a presque plus de souffle en arrière et à gauche où l'on

entend des râles humides dans toute la hauteur. Le skodisme persiste en avant.

A droite, râles de bronchite disséminés.

13 mai. — Déferescence : 37° 5 le matin.

— — — 37° 1 le soir.

Pas de phénomènes critiques.

14 mai. — Expectoration spumeuse, abondante.

Les râles sont moins nombreux ; il y a toujours un peu de souffle du côté gauche ; à la base existent des râles de retour. Le skodisme est moins accusé en avant.

Pouls 84. Température 37° 8.

16 mai. — La persistance du point de côté entraîne de l'insomnie ; pour la combattre, on administre 1 gramme de sulfonal.

17 mai. — La température a remonté à 38° ; on entend les râles de retour dans tout le poumon gauche.

La température se maintint autour de 38° jusqu'au 21 mai, et ce n'est qu'à dater de cette époque, que la défervescence s'établit définitivement.

A la lecture de cette observation, on pourrait se demander ce qui existe de commun entre la pneumonie franche, aiguë, et cet état bâtarde où la congestion s'associe à la bronchite, où la chute de la température n'est pas accompagnée de phénomènes critiques, et se trouve suivie d'une nouvelle poussée fébrile d'un septenaire de durée. C'est que le pneumocoque ne crée pas nécessairement ce facies coloré qui, avec la chaleur de la peau et la force du pouls, faisait autrefois considérer la pneumonie comme le type des maladies inflammatoires ; et il faut bien recon-

naître que le bacille de Pfeiffer donne, lui aussi, sa note dans l'association morbide. Les deux infections intriquées se développent simultanément, influençant réciproquement leur marche, leur évolution, et aggravant leur pronostic.

Quel est le facteur principal dans la collaboration du pneumocoque et du bacille de l'influenza ? Il semble que le microbe de Talamon-Frankel produise souvent des incidents épisodiques, et que la grippe continue son cours après qu'il a joué son rôle. Quoiqu'il en soit, l'union de ces parasites ne donne naissance qu'à des états hybrides où le générateur prédominant est le plus fréquemment celui de la maladie première. De même que le streptocoque s'associe souvent au bacille de Löffler pour créer ces angines si graves, de même le pneumocoque semble se laisser attirer volontiers par le terrain que lui prépare l'état grippal.

Il nous serait permis de retenir l'expression de pneumonie grippale, si nous consentions à l'envisager comme un terme générique englobant la pneumonie lobulaire, la broncho-pneumonie qui est de beaucoup la complication thoracique la plus fréquente dans la grippe.

Leyden (1) en 1890 déjà, après avoir séparé nettement au point de vue clinique la pneumonie franche aiguë de la pneumonie de la grippe, décrit ainsi les lésions nécroscopiques de cette dernière : « l'infiltration du parenchyme, dit-il, était lâche ; la coupe n'était pas granuleuse : elle était au contraire parfaitement lisse et ne permettait pas de reconnaître une hépatisation ferme telle qu'on

1. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1890.

l'observe dans les pneumonies fibrineuses ; mais on voyait les alvéoles remplies d'un lâche exsudat de cellules à un ou plusieurs noyaux ». C'est bien là la description de l'état anatomique connu sous le nom de splénisation.

Finkler (1) et Ribbert s'accordent à décrire à propos de la grippe, les lésions de la pneumonie catarrhale, autrement dit, de la bronchopneumonie à noyaux multiples ou à forme pseudo-lobaire. Sur six cas autopsiés par Ribbert, trois fois l'inflammation était nettement localisée à tout un lobe ; mais sur une coupe du poumon, hépatisé, l'aspect était celui non de la pneumonie franche mais de la pneumonie catarrhale ; la surface de section était lisse et non granuleuse ; les lésions des lobules étaient inégalement réparties ; au microscope, l'exsudat alvéolaire était fluide, riche en cellules et pauvre en fibrine ; les bronches étaient rouges, enflammées et remplies de mucosités purulentes.

Finkler n'a fait que trois autopsies, mais elles ont donné les mêmes résultats : les lésions sont celles de la broncho-pneumonie ; ce n'est pas de l'hépatisation mais de la splénisation avec noyaux pneumoniques disséminés à surface de section légèrement granuleuse, mais beaucoup moins nettement que dans les pneumonies franches ; comme Ribbert, il constate au microscope une infiltration cellulaire très marquée dans les alvéoles, mais très peu d'exsudat fibrineux.

D'après ces constatations indéniables, l'existence de la pneumonie grippale est fondée sur les données de l'anatomie pathologique ; on lui accordera d'autant plus volon-

1. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1890. Leipzig.

tiers une place dans le cadre de la pathologie, que la broncho-pneumonie tend à être envisagée aujourd'hui comme la réaction inflammatoire des bronches et du parenchyme pulmonaire sous l'influence d'une infection pouvant être causée par des microbes divers.

Cliniquement, les pneumonies dont Finkler décrit les lésions, et auxquelles nous faisons allusion plus haut, répondent au type de la pneumonie migratrice à foyers successifs, disséminés, plus ou moins étendus, restant isolés, ou se confondant. C'est à cette variété qu'appartiennent la fièvre rémittente irrégulière s'exacerbant à chaque nouvelle localisation lobulaire, les crachats purulents, — bien que l'expectoration puisse aussi être rouillée, ou même manquer complètement — les frissons répétés, l'absence de point de côté, les foyers de râles plutôt sous-crépitants que crépitants, mélangés aux roushus sibilants et rouffants, le souffle peu intense et variable, la résolution lente et prolongée, en un mot, tous les caractères de la broncho-pneumonie aiguë. A huit ans de distance, les cas de grippe sporadique à forme de pneumonie catarrhale, dans le sens anatomique du mot, répondent toujours à ce tableau. En voici, entre autres, un exemple.

Observation IV

Recueillie dans le service de M. le Dr Lè Gendre.
Broncho-pneumonie grippale terminée par la guérison.

Le nommé B. P..., âgé de 30 ans, entre le 14 mai 1897 salle Barth. Il vient à l'hôpital pour des douleurs de tête qui ont dé-

buté le 5 mai. Il n'a pas eu de frissons ; il n'a pas eu de point de côté ; il a eu des sueurs profuses ; il est courbaturé et a des envies de vomir. Il a de l'anorexie et de la constipation, il se sent très affaibli, il a eu une petite toux brève rappelant la toux pleurétique et s'accompagnant de quelques crachats striés de sang.

Le thermomètre donne 40° de température rectale ; le pouls est régulier, plein, vibrant, dicrote, il bat à 92 et n'est pas très fréquent relativement à la température.

Le malade est adynamique, son facies est vultueux. Il se plaint surtout de maux de tête à siège maximum au front et aux tempes. La langue est chargée, sèche, trémulente, l'oppression et la dyspnée sont modérées. Les crachats sont jaune-rougeâtres pas visqueux, aérés et muqueux.

A la percussion, on trouve une submatité légère en avant et du côté gauche, l'auscultation fait entendre une respiration soufflante avec quelques râles de bronchite. En arrière et du même côté, la respiration offre les mêmes caractères ; en plus quelques râles sous-crépitaux fins au sommet.

Du côté droit, en avant, la submatité est un peu plus prononcée qu'à gauche, et les vibrations sont légèrement exagérées ; l'expiration est prolongée et l'on entend de gros râles ronflants. En arrière, la respiration est plus forte, plus rude qu'en avant. L'oreille perçoit des râles sous-crépitaux et un foyer de crépitaux en dehors de l'angle de l'omoplate du côté de l'aisselle. A la base, la respiration est obscure.

Au cœur rien d'organique ; un souffle extracardiaque méso-systolique. — Le ventre est ballonné, le malade étant constipé depuis huit jours. Le foie est gros. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

On prescrit six lotions à l'eau coupée de vinaigre et une injection d'huile camphrée dans les vingt-quatre heures. Comme régime, de la limonade vineuse et du bouillon.

16 mai. — Température du matin 40° ; Température du soir 40°, 4 ; Pouls à 84.

On ordonne quatre enveloppements dans le drap mouillé.

17 mai. — Malgré la réfrigération, la température reste à 40°, le pouls à 84. On n'entend pas de souffle ; il y a de gros râles dans les deux poumons et quelques râles fins à la base gauche. On continue l'emploi du drap mouillé à raison de quatre enveloppements dans les vingt-quatre heures, et l'on administre trente gouttes de teinture de digitale.

Il existe un peu d'albumine dans l'urine.

Le 19 mai. — La température du soir s'abaisse à 39°6 ; le pouls bat à 92. L'expectoration est jaunâtre, plus abondante, plus épaisse, sans rappeler en rien les crachats sucre d'orge de la pneumonie.

Les enveloppements au nombre de six, n'amènent qu'une très légère chute thermique : encore ne se maintient-elle pas.

En avant, on entend avec de gros ronchus, une respiration forte non soufflante.

20 mai. — Température du matin : 39°6.

— Température du soir 40°.

On fait cesser les enveloppements qui ne donnent pas de résultat appréciable ; on fait appliquer deux ventouses scarifiées sur l'hypochondre droit où le malade accuse un point de côté, et des ventouses sèches sur le reste de la surface de la poitrine.

Le 21 mai. — On constate sur le dos une éruption de papules rougeâtres, peu confluentes. Malgré cela, la température du matin a baissé à 39°1, et l'état général est plus satisfaisant.

Le 22 mai. — La défervescence se poursuit :

— Température du matin : 37°9.

— — du soir 40°.

râles crépitants de retour ; la fièvre tend à prendre le type remittent.

Du 23 au 26. — La température tombe en lysis de 4° à 37° ; il ne reste que quelque râles humides fins avec une respiration un peu soufflante.

Le malade demande à s'alimenter : on fait droit à sa demande et il part pour l'asile de convalescence de Vincennes le 3 juin.

Ce qui nous frappe dans cette observation, c'est le défaut de fixité, et l'essentielle mutabilité des signes physiques impossibles à suivre dans leurs variations. Les râles crépitants, les sous-crépitations et les ronchus secs s'entremêlent sans qu'on puisse créer un ensemble satisfaisant pour l'esprit. Nous ne trouvons même pas l'assemblage d'un souffle lointain et de râles crépitants fins que M. Huchard (1) décrit sous le nom de souffle crépitant dans la variété broncho-pneumonique de la grippe. Il est vrai de dire que l'existence de ce signe comporte, suivant lui, un pronostic sévère, et démontre l'existence d'une pneumonie centrale très étendue. Or notre malade guérit parfaitement en moins de trois septénaires.

Le désaccord, la disproportion qui existent entre la température et le pouls, constituent un fait méritant d'être enregistré ; et si nous y insistons, c'est que Landau en 1837, en avait déjà noté la constance, s'étonnant à juste titre du petit nombre de révolutions cardiaques, chez des

1. — *Revue de clinique et de thérapeutique* 1886.

individus atteints de lésions organiques très étendues, et chez lesquels les autres symptômes avaient une très grande intensité.

Après avoir acquis quelque expérience de la broncho-pneumonie grippale chez l'adulte, après avoir reconnu son identité tant anatomique que clinique, il était intéressant d'étudier chez les enfants, cette maladie au pronostic si sombre, et qui est pour eux une cause de mortalité si importante. M. le docteur Henri Meunier, chef de laboratoire à l'hôpital des Enfants Assistés, dans le service de M. le professeur Hutinel, dit avoir eu la surprise de rencontrer dans dix cas de broncho-pneumonie infantile, le bacille de Pfeiffer, alors qu'aucune épidémie régnante de grippe ne lui suggérerait l'idée de le rechercher. Le microbe de Pfeiffer et l'agent infectieux que rencontra M. Meunier dans les cultures ensemencées tant avec le fruit de ponctions pulmonaires qu'avec le sang vivant, ne diffèrent en rien : cette identification est suffisamment établie par la morphologie, les caractères de coloration, les repiquages en série, l'agglutination et l'action pathogène sur les animaux, que l'auteur décrit longuement, afin de ne pas laisser subsister d'équivoque dans l'esprit de ses lecteurs.

Sur onze ponctions, dix fois il trouva le « coccobacille » dans le suc pulmonaire extrait du foyer pneumonique : cinq fois la culture fut pure ; cinq fois le bacille fut trouvé associé soit à un saprophyte indéterminé, soit au pneumocoque ; en sorte que le coccobacille s'est rencontré huit fois sur dix comme seul agent pathogène, « ce qui nous autorise à penser, dit le Dr Meunier, que au moins

à une certaine époque de la maladie, il commandait l'infection pulmonaire ». A l'exclusion de toute autre bactérie, rapporte-t-il encore, il a vu le bacille de Pfeiffer déterminer une pleurésie pseudo-membraneuse tout à fait typique ; pourquoi ne pas admettre dès lors, que le microbe grippal ait un rôle effectif dans le développement des foyers broncho-pneumoniques. Il faut en convenir cependant, le bacille grippal ne reste pas longtemps seul en cause. Soit qu'il crée au niveau du foyer primitif des lésions dégénératives offrant un terrain propre aux bactéries vulgaires ; soit qu'il favorise par l'action asthénisante de ses toxines, une défaillance de la défense bronchique, les agents pathogènes, pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, s'associent au premier occupant, complètent son œuvre en la diffusant et finissent par se substituer presque complètement à lui.

Si, de par la communication de M. Meunier, le coccobacille contribue dans une certaine mesure à créer la spécificité de la bronchopneumonie infantile grippale, la clinique, au nom des symptômes, n'ajoute chez l'enfant aucune particularité qui puisse permettre de distinguer la bronchopneumonie vulgaire d'une infection grippale de même ordre.

Le diagnostic de la grippe est parfois difficile chez un adulte ; il l'est toujours davantage quand il s'agit d'un enfant chez lequel les symptômes subjectifs sont inutilisables : on ne peut se rendre compte chez un petit malade de un ou deux ans, de la céphalalgie, de l'anéantissement des forces, des courbatures musculaires, de tout ce cortège de signes non extériorisés que le grippé adulte peut

seul révéler. En médecine infantile, le diagnostic de grippe s'appuiera surtout sur la notion d'une épidémie régnante, et, si la bactériologie n'intervient pas, on aura souvent tendance à ranger les bronchopneumonies sporadiques de la grippe dans le cadre si polymorphe des bronchopneumonies vulgaires, ce qui n'aura aucun inconvénient du reste, puisque les surinfections viennent toujours à un moment donné, se greffer sur les lésions créées par la grippe.

Quant au pronostic et au traitement, comme les symptômes, ils n'offrent aucun caractère spécial ; M. Meunier a observé seulement que la réfrigération par les bains froids, était moins efficace que dans la bronchopneumonie vulgaire : c'est là une considération que nous avons déjà fait valoir à propos de la bronchopneumonie grippale de l'adulte.

CONGESTIONS PULMONAIRES GRIPPALES

Les congestions pulmonaires au cours de la grippe, tout au moins celles que nous avons observées dans ces derniers mois, ne nous ont pas semblé moins insidieuses dans leurs évolutions que les affections dont nous venons de nous occuper précédemment ; peut-être leurs signes cliniques sont-ils un peu plus spéciaux, et, par suite, mieux faits pour attirer l'attention du médecin, et, cela d'autant plus que le pronostic qui s'y attache est loin d'être toujours bénin.

Ce qui nous a frappé en particulier dans la symptomatologie de ces congestions, c'est la diminution marquée de perméabilité du parenchyme pulmonaire, s'étendant à un ou plusieurs lobes, parfois à un poumon entier ; nous avons observé couramment une obscurité très accentuée de la respiration, avec diminution de sonorité, résistance au doigt, et augmentation des vibrations vocales.

Tantôt cet état entrainait en résolution sans se caractériser davantage ; tantôt il précédait une splénisation durable et pouvant conduire à une issue fatale. Il semble que dans ces cas, la densité du parenchyme soit très variable d'un jour à l'autre : c'est ainsi que chez un homme de 40 ans

que nous suivons actuellement dans le service de M. le Dr Le Gendre, et qui nous entra avec un violent point de côté sous-mammaire gauche, une température de 40°, nous trouvions le premier jour à la base gauche une abolition presque complète du murmure vésiculaire, de la matité et des vibrations fortement exagérées. Le lendemain, sans égophonie, sans production de liquide, les vibrations vocales étaient supprimées : la radioscopie révéla une opacité très marquée couvrant la moitié inférieure du poumon gauche et ne permettant pas de distinguer comme à droite, le diaphragme dans ses mouvements d'excursion respiratoire.

M. Huchard (1) en 1890, à la Société médicale des hôpitaux, avait essayé de remettre en honneur, une forme de congestion décrite par Graves et à laquelle il donna le nom de bronchoplégie, assimilant aux lésions de la myocardite ou mieux de l'asystolie pour le cœur, « la paralysie pulmonaire et bronchique » dont il parle en propres termes.

Pour lui, dans ces formes, la contractilité bronchique serait atteinte, et l'élasticité des vésicules pulmonaires affaiblie, permettrait leur affaissement, expliquant ainsi que les malades puissent succomber aux progrès d'une véritable asphyxie. « Certains états congestifs du poumon dans la grippe, dit-il, sont sous la dépendance d'un état parétique du nerf vague ou rappelant plus ou moins la section incomplète des nerfs pneumo-gastriques : d'où l'absence fréquente de point de côté, de toute réaction

1. Séance du 24 janvier 1890.

inflammatoire, et le peu d'intensité de la fièvre ou même le ralentissement du pouls ».

Cette conception n'est certes pas une simple vue de l'esprit : nous avons vu évoluer le mois dernier, une congestion grippale généralisée où les signes physiques firent défaut presque totalement malgré des troubles fonctionnels si accentués qu'ils amenèrent la mort du patient : Voici cette observation :

Observation V

Recueillie par nous dans le service de M. le Dr Le Gendre.

Congestion pulmonaire grippale avec issue fatale.

Le nommé L... P... âgé de 39 ans, entre d'urgence à l'hôpital Tenon, le 3 juin 1898, dans la soirée. C'est un homme bien musclé, de taille élevée, qui exerce la profession de déménageur.

Le 25 mai. — Il a été pris de petits frissons répétés et a ressenti des crampes douloureuses, particulièrement dans les membres inférieurs.

Le 30. — La courbature l'empêcha de se livrer à son travail habituel, et le 31, il s'alitait. Il fut pris d'abord d'un tremblement étendu à tout le corps ; la dyspnée s'installa ; il eut des accès d'oppression, commença à tousser en émettant une expectoration rouillée, aérée, plutôt glutineuse que visqueuse, et ne rappelant en rien les crachats de la pneumonie franche.

Il rapporte avoir eu aussi des vomissements bilieux et un peu d'hématurie.

A la première visite, nous le trouvons avec un visage pâle, exsangue ; le front est ruisselant de sueur ; le regard est atone ; les narines pulvérulentes, s'agitent de mouvements précipités ; les lèvres sont bleues, cyanosées ; les extrémités sont refroidies : on a l'impression d'une asphyxie ou d'une asystolie.

La respiration est brève, fréquente à 44 par minute ; le pouls est petit, dépressible à 108. La température est de 38°.

La langue est sale, grisâtre, pâle ; le malade est constipé ; il a de l'oligurie : son urine qui est celle d'un fébricitant, est rougeâtre et contient une petite quantité d'albumine.

La percussion du thorax décèle en avant et à gauche une petite diminution de la sonorité. La respiration est rude et s'entend voilée un peu par les mucosités bronchiques que le patient a dans la gorge. Il existe quelques râles sous-crépitaux assez disséminés.

En arrière, il n'y a pas de modification appréciable à la percussion : peut-être une très légère submatité à la base gauche : encore est-elle contestable. La respiration s'entend dans toute l'étendue du parenchyme pulmonaire ; comme bruits surajoutés, on ne trouve que quelques râles de bronchites ; pas de souffle.

Les battements du cœur sont sourds et précipités ; ils ont tendance à former un rythme embryocardique. Le foie est gros et déborde les fausses côtes de trois grands travers de doigt ; la rate n'est pas appréciable.

Le ventre est ballonné ; la fosse iliaque droite est douloureuse à la pression, mais ne présente pas de gargouillement.

On fait appliquer sur la paroi thoracique des ventouses sca-

rifiées et sèches ; on prescrit des piqures de caféine et une potion de Todd.

Le 5 juin. — L'état général paraît meilleur : le malade est moins aplati, s'assied plus facilement dans son lit ; la dyspnée est beaucoup moins marquée ; les extrémités se réchauffent.

Les signes sthétoscopiques n'ont pas varié ; la respiration reste brève et précipitée, et conserve ses caractères de rudesse. On entend encore des râles secs et sibilants disséminés.

Température d'hier soir 38°8.

Température de ce matin 38°.

Le 6 juin. — On nous apprend que le malade a succombé la veille à dix heures et demie du soir, après avoir présenté une phase d'adynamie extrême avec délire de paroles, hallucinations visuelles effrayantes et carphologie.

La température prise à six heures était de 37°1.

Autopsie. — Les poumons extraits en bloc avec le médiastin, sont remarquables par leur masse et leur poids ; ils s'affaissent à peine après l'ouverture de la cage thoracique, et, déposés sur la table, ils ont une tendance à s'étaler comme des éponges pleines de liquide. Leur surface est partout foncée, surtout aux bases et en arrière où la coloration est noirâtre.

Les lobes sont pesants, mais leur consistance est bien plutôt celle de la splénisation que de l'hépatisation : ils sont mous et dépressibles.

La congestion est intense ; le parenchyme est couleur lie de vin ; la surface de section laisse suinter un liquide séro-sanguinolent : par la pression, ce liquide ruisselle en grande quantité, et de la lumière des petites bronches, sort une spume louche.

Dans les lobes supérieurs, la congestion et l'œdème sont un peu moins marqués ; traces de tuberculose ancienne crétacée au sommet droit.

Le cœur est gros ; ses cavités contiennent de gros caillots fibrineux, mais il n'y a pas de lésions valvulaires ni d'adhérence, non plus que sur l'aorte. Le foie est très congestionné ; son poids dépasse deux kilogrammes ; la rate est grosse, diffluente.

Les reins présentent une capsule un peu adhérente et leur substance pyramidale est très congestionnée.

Il faut bien reconnaître que, dans cette observation, les signes physiques ne traduisirent en rien les lésions que l'autopsie révéla ; il faut bien conclure aussi à l'existence d'un facteur particulier à l'origine de cette congestion viscérale généralisée ; ce facteur avait été pressenti par M. Huchard en 1890 : c'est le système nerveux. A côté de la forme bronchoplégique de la grippe infectieuse, il avait décrit la forme cardioplégique, le cœur se paralysant comme les muscles des bronches ; l'asthénie était pour lui l'expression objective d'une lésion atteignant le système nerveux central, que ce système fût atteint en entier, ou dans l'une seulement de ses portions.

Quelle était cette lésion ? S'agissait-il d'une altération anatomique, modifiant pathologiquement le tissu nerveux, appréciable soit à l'œil nu, soit au microscope ? Ou bien consistait-elle en un trouble fonctionnel relevant d'une intoxication plus ou moins généralisée ?

M. Fiessinger (1) parlant des sueurs et des paralysies vaso-motrices de la grippe, les explique par l'action d'un poison atteignant le système nerveux. Il insiste sur les dernières qui présentent les mêmes formes que celles

1. *Semaine médicale*, 1893.

décrites dans la méningite tuberculeuse, et qui, tantôt sont provoquées par le passage léger de l'ongle sur la peau, constituant ainsi la raie méningitique de Trousseau, tantôt font rougir la peau spontanément, expliquant ces alternatives de rougeur et de pâleur observées à la face. Les sueurs apparaîtraient suivant lui au moment de la guérison, ou se manifesteraient dans le cours de la maladie : « dans ce dernier cas, elles dépendent sans doute d'une action spéciale du principe infectieux sur les nerfs qui président à la sécrétion des glandes sudoripares. »

Cette action spéciale que la clinique avait fait présumer, l'expérimentation en confirma l'existence, et l'hypothèse devint réalité après les belles recherches de Cantani (1), donc nous voulons reproduire les principales phases, en nous inspirant de la communication de cet auteur.

Après avoir reconnu que le cerveau du lapin était un milieu favorable à la culture du bacille de l'influenza, il lui parut intéressant de savoir si la virulence de ce microbe s'accroît du fait de ce séjour dans la substance cérébrale. L'expérience démontra le bien fondé de sa conception : la dose mortelle minima de culture qui, avant l'ensemencement, dans le cerveau du lapin était de 12 milligrammes, tomba à 5 milligrammes après ce passage ; elle était donc réduite de plus de moitié. Chose remarquable, il vit que la virulence de la culture se trouvait accrue pour le cobaye comme pour le lapin.

Encouragé par ces résultats, il chercha à savoir, en pratiquant des injections directes avec l'émulsion de cerveau d'un animal mort de l'influenza, si les lapins qui, dans

1. *Zeitschrift für Hygiène*, 1896, pages 278-282.

les conditions ordinaires, offraient une réceptivité presque négligeable vis-à-vis de l'influenza, en éprouveraient par ce procédé une impression quelconque. Dans la plupart des cas, il lui arriva de provoquer la mort des animaux en expérience.

Il était démontré que la grippe communiquée de la sorte aux lapins, pouvait se montrer pour eux très nocive, sinon mortelle. Il fit de nombreuses expériences de contrôle, en injectant des cultures pures de bacilles de Pfeiffer dans la trachée, les poumons, la cavité péritonéale et sous la peau : l'infection ne se manifesta pas, quelles que fussent les quantités employées. Était-ce la substance cérébrale de l'animal dont on avait injecté le cerveau, qui communiquait aux cultures leur virulence nouvelle pour le lapin, ou bien la substance cérébrale jouait-elle simplement le rôle d'un milieu vecteur particulièrement favorable ? Pour résoudre cette intéressante question, il injecta simultanément aux lapins une émulsion de cerveau normal et des cultures de bacilles de l'influenza, et démontra par trois expériences que la seconde hypothèse se vérifiait.

Les lésions observées sur l'organisme du lapin après injection intra-crânienne de bacilles, et la rapidité de leur évolution, l'amènèrent à penser que ces bacilles agissaient surtout à distance par leurs toxines, et l'idée lui vint d'injecter directement dans le cerveau des produits de cultures mortes. Il stérilisa des cultures d'influenza par un séjour d'une heure et demie à l'étuve à 57°, et pour tuer des lapins de 1 kgr. 500 à 2 kgr. avec des bacilles provenant d'un cerveau et stérilisés, il lui fallut employer une

quantité de culture variant de 2 à 6 milligrammes. Deux heures après l'injection sous-duremérienne d'une dose mortelle, la température de l'animal s'élevait de un degré, atteignait de dix à douze heures après, son acmé qui se produisait souvent à 42°, descendait ensuite progressivement, et le lapin mourait en hypothermie. Les lésions organiques furent semblables à celles que provoquaient les cultures vivantes, et l'apparition des manifestations paralytiques fût particulièrement brusque. Il arriva cependant plusieurs fois qu'après une paralysie complète de toute la musculature, l'animal put se remettre, mais la retrocession fût extrêmement lente. A l'autopsie des lapins et des cobayes qui avaient succombé à l'intoxication, il trouva dans la cavité péritonéale de la sérosité sanguinolente, une légère congestion des capsules surrénales une forte hyperémie du foie avec lésions inflammatoires du parenchyme de cet organe ; il y avait en outre des méninges congestionnées et de petits foyers hémorragiques, dans la substance cérébrale.

Après avoir expérimenté de pareille manière avec les toxines d'autres microbes, entre autres avec celle du bacille du choléra, du bacille d'Eberth, du coli-bacille, du staphylocoque, Cantani conclut que l'action de la toxine grippale sur le système nerveux central, est très importante, élective et spécifique. D'ailleurs, même en augmentant les doses des autres toxines et en empoisonnant les animaux, ils ne présentèrent jamais, pendant les jours qui suivaient l'infection, de troubles nerveux d'aucune sorte.

Pour se résumer, Cantani déclare que le cerveau offre

un lieu de moindre résistance naturel au développement du bacille de l'influenza et que la toxine secrétée par ce bacille exerce une action particulièrement nocive sur le système nerveux central.

Ainsi, le bacille de Pfeiffer peut être un bacille de surface comparable au gonocoque de Neisser, comme le dit M. Calmette (1); ses conditions biologiques peuvent être précaires: ses dégâts n'en sont pas moins considérables puisqu'il lèse par la toxine qu'il secrète, l'élément le plus noble, l'élément directeur de notre organisme, la substance nerveuse. Le coccobacille peut n'être pas le seul en cause dans les pneumonies, les broncho-pneumonies, les congestions pulmonaires qui compliquent la grippe; il peut s'effacer: il n'en est pas moins la raison déterminante de toutes les infections associées, puisqu'il peut paralyser le système normal de défense des voies aériennes et favoriser l'envahissement et l'implantation de nouveaux microorganismes.

1. *Bulletin Médical*. Paris, 1898.

LES VOMIQUES DANS LA GRIPPE

La grippe est une maladie insidieuse dans ses modes de début, bizarre dans sa marche et déconcertante pour le clinicien; ses symptômes sont mobiles et souvent fugaces; mais si elle masque parfois sous des apparences bénignes, de très insidieuses complications, elle peut se terminer aussi d'une façon insolite, à la faveur d'un phénomène qui, arrêtant le cours de l'infection, vient surprendre aussi agréablement le médecin que le malade et son entourage. Nous voulons parler des vomiques purulentes, et relater l'observation d'un homme dont nous avons vu évoluer l'affection dans le service de M. le Dr Le Gendre notre maître, pendant le mois de mai de cette année. Il ne s'est pas agi dans ce cas d'une pleurésie purulente, fait banal à la suite de la grippe; la vomique vint mettre fin à un état de congestion et d'inflammation pleuro-pulmonaire dont les lésions se montrèrent très persistantes. Il y eût une région du thorax qui, pendant tout le cours de la maladie, parut plus atteinte que les autres; mais autour de cette région, rayonnèrent en quelque sorte des poussées congestives à distance, se présentant même de l'autre côté de la poitrine; tantôt les symptômes pleurétiques do-

minaient ; tantôt c'était l'inflammation du tissu pulmonaire qui attirait le plus l'attention.

Observation VI

Recueillie dans le service de M. le Docteur Le Gendre et rédigée par notre collègue et ami M. E. Bloch. — Grippe prolongée à forme thoracique, terminée par vomique.

H... C... âgé de 35 ans, entre salle Barth, le 15 avril 1898. Il n'a jamais été malade, bien que sa profession de matelassier l'expose à respirer des poussières. Il avoue avoir fait pendant quelque temps abus d'alcool et de vin surtout ; mais depuis cinq ans, il se montre plus sobre.

Le 9 avril, il fut pris soudain d'un point de côté très violent à gauche, en dehors de la ligne axillaire. En même temps, il frissonna, se sentit courbaturé et incapable de se rendre à son travail. Il eut de la fièvre, des nausées, des vomissements, de la céphalée, des douleurs lombaires, tout le cortège solennel des grandes pyrexies. Comme il éprouvait une certaine oppression, son médecin traitant, après lui avoir en vain fait appliquer des cataplasmes sinapisés et de la teinture d'iode, l'envoya à l'hôpital.

C'est un homme fort bien constitué, atteint déjà d'une obésité légère. Il est affaibli, très dyspnéique ; les lèvres sont sèches, la face vultueuse, les narines pulvérulentes. Il ne délire pas, mais répond mal aux questions qu'on lui adresse.

La langue est très sale, recouverte d'un enduit saburral, noirâ-

tre, sèche, comme rôtie ; le palais, les gencives, le fond de la bouche, sont recouverts du même enduit. L'estomac ne paraît pas dilaté, la palpation n'est pas douloureuse et il n'y a pas de gargouillement. Le foie déborde de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes ; la rate n'est pas appréciable.

L'anorexie est presque absolue ; le malade ne prend que du lait qu'il supporte bien. Constipation.

Le cœur n'est pas hypertrophié ; la pointe bat dans le cinquième espace intercostal ; les battements sont précipités ; il n'y a pas de bruit surajouté. Le pouls est bon, plein, régulier, rapide.

Appareil respiratoire. — En avant, la percussion donne un son légèrement submat à gauche ; à droite, la sonorité est normale, peut-être un peu skodique, et l'auscultation permet de percevoir quelques râles sous-crépitaux disséminés.

En arrière et à gauche, submatité au sommet ; à la base, matité absolue, s'élevant assez haut et empiétant sur la région latérale du thorax. Dans toute cette étendue, les vibrations thoraciques sont diminuées ou normales par place, mais non exagérées.

A l'auscultation de la fosse sous-épineuse, on entend un souffle remplaçant le murmure vésiculaire, souffle rude, inspiratoire et expiratoire, dont le maximum se trouve à la partie moyenne de la surface pulmonaire. Autour de ce souffle, des râles crépitaux et des sous-crépitaux fins.

Tout à fait à la base du poumon, la respiration est affaiblie ; on entend des râles sous-crépitaux et quelques frottements sans souffle. Au sommet, existe une respiration rude de compensation.

En arrière et à droite, il n'y pas de matité à proprement par-

ler, mais la sonorité est diminuée surtout à la base. Les vibrations thoraciques sont conservées ; il y a quelques frottements.

On ne trouve d'égophonie et de pectoriloquie aphone ni à droite, ni à gauche.

Le malade tousse peu ; les crachats sont teintés de sang, rouillés.

Les urines sont foncées, contiennent une forte proportion d'urobiline ; pas d'albumine ni de sucre.

Rien du côté des systèmes sensitif et moteur, à part une adynamie profonde.

Température du matin, 33°, 8.

Température du soir, 39° 4.

Traitement. — Purgation, révulsion par les ventouses scarifiées ; Todd, lait ; sulfate de sparteine 0 gr. 10.

17 avril. — Même état d'adynamie ; mêmes symptômes du côté de l'appareil respiratoire. La matité est plus accentuée encore à la base gauche ; vibrations diminuées, respiration affaiblie, pas de frottements pleuraux. A la partie moyenne, même souffle rude.

Une ponction exploratrice à la seringue de Pravaz ayant révélé l'existence d'un épanchement séreux à la base, on porte le diagnostic de pleurésie post-grippale.

A droite, submatité à la base avec conservation de la respiration et des vibrations.

En présence de l'adynamie persistante et de la température qui oscille entre 39° et 39° 6, on ordonne des enveloppements froids.

21 avril. — L'état général est bien meilleur : le malade a repris connaissance ; il avait un peu déliré pendant ces trois derniers jours.

Température de ce matin : 38°.

On entend toujours le souffle accompagné de gros râles crépitants de retour ; il n'y a plus de râles fins.

A droite les signes sthétoscopiques restent les mêmes.

Le cœur a repris son rythme normal ; les battements sont moins précipités.

24 avril. — Après avoir descendu à 37°4, la température a remonté à 38°5 ce matin. La langue est encore sale, blanchâtre les seilles sont régulières.

A l'auscultation des poumons à gauche en arrière, le souffle perd de sa rudesse, tandis que les râles sous-crépitanants s'étendent à tout le parenchyme pulmonaire. A la base, frottements, râles très nets.

30 avril. — La température reste élevée, oscille entre 38°4 et 39°4. Le souffle devient de moins en moins rude ; il est plutôt expiratoire maintenant.

On a supprimé la potion de Todd ; on administre journellement de l'opium ou de la codéine, des poudres antipyrétiques.

4 mai. — Etat général beaucoup plus satisfaisant ; la langue est brune ; le malade demande à manger. La température est toujours élevée, entre 39° et 40°. Le souffle s'est transformé progressivement et a disparu. A la base gauche, la matité est toujours absolue ; les vibrations thoraciques sont atténuées :

A droite frottements pleuraux sans souffle. En présence de cet état général assez bon coexistant avec une température élevée, on porte le diagnostic de tuberculose pulmonaire, d'autant plus que le malade maigrit, perd ses forces tous les jours, s'anémie et prend la teinte cireuse des anémies symptomatiques. Il est continuellement couvert de sueurs profuses ; il tousse beaucoup plus, et ses crachats sont devenus muco-purulents.

14 mai. — L'appétit a reparu.

Température du matin, 38°3.

Température du soir, 39°1.

L'amaigrissement fait cependant des progrès ; le teint est terreux, la respiration s'entend à gauche jusqu'à la base, accompagnée de frottements, râles.

Plusieurs examens de crachats sont restés négatifs au sujet des bacilles de Koch.

Le traitement est toujours le même : antipyrétiques, potion calmante pour la toux, révulsifs sur la poitrine.

19 mai. — Le malade a 37°3 de température : un flot de pus remplissant deux crachoirs lui est sorti hier de la bouche, et l'apyrexie s'est établie.

Les diagnostics rétrospectifs les plus vraisemblables que l'on puisse porter, sont ceux de pleurésie interlobaire ou de pleurésie diaphragmatique.

Dans cette dernière hypothèse, il faudrait faire abstraction des points douloureux phréniques qui ne se sont pas manifestés.

27 mai. — L'apyrexie qui s'est établie à la suite de la vomique, subsiste ; le visage a repris de l'animation ; il n'y a plus de sueurs, ni d'expectoration, ni de toux.

A l'auscultation, il ne reste que quelques râles sous-crépitaux, et des frottements râles aux deux bases. Rien aux sommets.

Le malade sort le 30 mai guéri.

Il revient quelques jours après sur notre demande et il est soumis par M. le Dr Bécclère, dans son laboratoire de l'hôpital Tenon à un examen radioscopique ; cet examen révèle des sommets parfaitement transparents, avec une légère opacité à gauche au niveau de la scissure interlobaire.

Lasèque qui pensait qu'avec une langue propre et une fièvre continue, le diagnostic de tuberculose s'imposait, aurait pu ainsi que nous, commettre une erreur, dans le cas dont nous venons de rapporter l'observation. Les examens bactériologiques répétés de l'expectoration, étaient négatifs au sujet des bacilles de Koch, mais ne nous permettaient pas de rejeter la possibilité de lésions tuberculeuses.

Ces congestions pleuro-pulmonaires tenaces et durables, qui paraissent si spéciales à la grippe, ressemblent à s'y méprendre à des tuberculoses évoluant par poussées successives, mais leur mode de terminaison montre qu'elles ne sont nullement de nature tuberculeuse.

M. le Docteur Chauffard (1), dans une leçon de clinique, a publié un cas de pleurésie purulente diaphragmatique au cours de la grippe avec terminaison par vomique qui survint d'une façon plus précoce que chez notre malade, quinze jours après une attaque aiguë de grippe bien caractérisée par le tableau symptomatique complet : des frissons répétés, une fièvre de 39°, une céphalalgie fronto-occipitale violente, une courbature douloureuse des membres, de la rachialgie lombaire, du picotement des yeux, de l'injection conjonctivale et du larmoiment.

Dans son service du Val-de-Grâce, M. Duponchel (2) a observé trois cas de vomiques purulentes grippales abondantes sans que les signes cliniques aient jamais pu révéler l'existence de pus dans la cavité pleurale ; et il conclut

1. *Mercredi Médical*, Paris, 1890.

2. *Bulletin médical*, 11 juin 1890.

à l'existence dans ces trois cas, d'abcès du poumon à streptocoques.

Quoiqu'il en soit, et que le pus provienne d'un abcès pulmonaire, d'une pleurésie interlobaire ou diaphragmatique, la grippe doit figurer à l'étiologie des vomiques ; avec l'aide des rayons X qui dénotent dans ces conditions une transparence absolue des sommets, on pourra rejeter le diagnostic de tuberculose qui se présente si volontiers à l'esprit du clinicien, prévoir peut-être une issue heureuse et infirmer le précepte de Lasègue si rarement en défaut.

CONCLUSIONS

1° La grippe sporadique relève du même agent infectieux que la grippe épidémique ; elle offre le même aspect clinique que sa congénère. Pour qu'elle lui soit entièrement assimilable, il lui manque seulement le caractère d'universalité dont les conditions étiologiques nous échappent encore.

2° La grippe revêt très souvent la physionomie de la fièvre typhoïde au point qu'il est souvent nécessaire de recourir au séro-diagnostic de Widal pour faire le départ entre les deux affections.

3° La courbe de la température est extrêmement irrégulière dans la grippe : on peut y observer la cessation momentanée de la fièvre (encoche en V du professeur Teissier de Lyon) ; dans certains cas le tracé offre le type inverse ; plus exceptionnellement se rencontrent des formes apyrétiques ou même hypothermiques.

Il n'existe rien de commun entre le tracé thermique de la dothiéntérie et celui de la grippe, ni dans le mode d'ascension de la température, ni dans la période d'état, ni dans la défervescence.

4° Le bacille de Pfeiffer, à lui seul, n'est pas capable de produire l'hépatisation de la pneumonie franche aiguë,

et il ne donne lieu que bien exceptionnellement sinon jamais, au tableau clinique de cette affection si bien caractérisée.

La broncho-pneumonie qui tend à être envisagée aujourd'hui comme la réaction inflammatoire du parenchyme pulmonaire sous l'influence d'infections variées, est de beaucoup le plus fréquemment l'œuvre du microbe de la grippe.

5° La grippe peut donner lieu à des vomiques, que le pus provienne d'un abcès pulmonaire, d'une pleurésie interlobaire ou diaphragmatique. Ces vomiques apportent souvent un terme au processus infectieux.

Vu le président de la thèse.

HUTINEL.

Vu le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- FUSTER. — Monographie clinique de l'affection catarrhale. Montpellier, 1865.
- SEITZ. — Catarrh und Influenza München, 1865.
- MALCORPS. — La grippe et ses épidémies. Bruxelles, 1871.
- MÉNÉTRIER. — Grippe et pneumonie en 1886. Thèse Paris, 1887.
- TALAMON. — La grippe et les microbes. Médecine moderne, Paris, 1889-1890, 127-129.
- LAVERAN. — De la fièvre dans la grippe. Médecine moderne Paris, 1889-1890, 143-145.
- TALAMON. — Grippe et pneumonies. Médecine moderne, Paris, 1889-1890, 146-148.
- KAHLER. — Ueber schwere lungen und Pleura Erkrankungen bei der Influenza Wiener Klinische Wochenschrift, 1890.
- LEYDEN. — Pneumonie. Berliner Klinische Wochenschrift, 1890.
- CHAUFFARD. (A.). — Pleurésie purulente diaphragmatique d'origine grippale, guérison par vomique. Mercredi, méd. Paris, 1890, 283-285.
- PETER. — Etude clinique et pathogénique de l'épidémie de grippe actuelle, Bulletin méd., 19 janvier 1890.

JACCOUD. — Bull. acad. méd. Paris 1890. 209-211.

— De la pneumonie grippale. Gaz. des hôp. Paris, 1890, 137-139.

BOUCHARD. — Revue générale de clinique, n° 52 en 1889; n° 1 en 1890.

LION. — Revue de Hayem, 1890.

FINKLER. — Influenza, pneumonie. Deutsche med. Wochenschrift Leipzig, 1890, 84-86.

LE GENDRE. — Complications et séquelles de la grippe. Cours méd. 11 janvier 1890.

DUPONCHEL. — Vomiques purulentes. Bull. méd., 11 juin 1890.

FERRAND. — Note sur un état particulier du poumon qui précède les complications pulmonaires de la grippe. Bull. et mém. Soc. méd. hôp. Paris, 1890. 3^e s.

BOUCHARD. — Recherches bactériologiques sur la grippe et ses complications. Sem. méd., 29 janvier 1890.

DUPONCHEL. — Pneumonie grippale. Soc. méd. hôp. Paris, janvier 1890.

CEZILLY. — Contribution à l'étude de la grippe. Thèse Paris, 1890.

MENU. — Thermométrie clinique de la grippe, Thèse Lyon, 1892.

RENDU. — La grippe et ses formes cliniques. Union méd. Paris, 1891, 865-869.

CORNIL et CHANTEMESSE. — Sur le microbe et l'influenza. Bull. acad. de méd. Paris, 1892, 3^e s.

LE GENDRE. — Infection grippale à déterminations multiples. Soc. méd. hôp., 27 mai 1892.

LUGAN. — Contribution à l'étude de la grippe. Son action sur le poumon et la pleûvre. Thèse Paris, 1891-1892.

DIDIER. — Essai sur la grippe et les causes de ses épidémies. Thèse Paris, 1892-1893.

FIESSINGER. — La grippe endémique. Semaine médicale, 1893, p. 61.

DE CAZE. — Contribution à l'étude clinique de la gangrène pulmonaire consécutive à la grippe.

OMBREDANNE. — Grippe et fièvre typhoïde. Thèse Montpellier, 1897.

MEUNIER. — Dix cas de broncho-pneumonie infantile dus au bacille de Pfeiffer. Arch. gén. de méd. février et mars 1897.

LEICHTENSTERN O. — Influenza. Specielle Pathologie und Therapie Nothnagel Wien, 1896, IV, 2 Theil.

LINDENTHAL. — L'influenza sporadique. Wiener Klin. Woch., 1897, 353-359.

VEILLON. — Catarrhe suffocant d'origine grippale. Thèse de Paris, 1896.

GMEER. — Quelques remarques sur l'influenza et sur la pneumonie grippale. Prager. med. Woch., 1897.

CALMETTE E. — La bacille de l'influenza. Bull. méd. Paris, 1898.

MONIN. — La grippe actuelle. Progrès méd. Paris, 1898.

RASANIMANANA. — Un cas de pneumonie grippale envahissant successivement les trois lobes du poumon; température à type inverse. Montpellier méd. 1897.

MARQUIÉ. — De la forme sudorale de la grippe. Journal de méd. de Bordeaux, 1898, XXVIII, 61, 65.

GALLIARD L. -- La grippe. Ballière, éditeur, 1898.

